

Formulario para exención de cotizar

(Art. 69 del DL N° 3.500 Norma de Carácter Gral.N°79 del 06/02/2013-Ord.27.941/2012)

N° INTERNO

FECHA

13

03

2025

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

RUT

9.763.828

-

4

PAVEZ

MIRANDA

MARNIE SOLEDAD

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

DECLARACIÓN DEL AFILIADO

Yo, más arriba identificado, declaro mi voluntad de no seguir cotizando en mi Cuenta de Capitalización Individual que mantengo en AFP PROVIDA S.A., por cumplir con el requisito que se señala y que dicha AFP certifica. Por lo tanto quedo exento de cotizar el porcentaje legal obligatorio de mi remuneración imponible a contar de aquella que se devengue a partir de:

03

2025

Mes

Año

EMPLEADOR A NOTIFICAR

Del mismo modo, notifico a mi empleador mediante la presente declaración, a fin que proceda en consecuencia:

RUT.

77.014.200

-

9

Nombre o Razón Social

CORP MUNICIPAL DE SERVICIOS PUBLICOS TRASPASADOS DE RANCAGUA

REQUISITO DE EXENCIÓN QUE CUMPLE (Marca con una X)

No pensionado Mayor de 60 años

☐

No pensionado Mayor de 65 años

☐

Pensionado por Vejez Anticipada

☐

Pensionado por Vejez Normal

☐

Pensionado Antiguo Sistema

☐ (Debe acompañar documento que acredite que es Pensionado Antiguo Sistema)

Pensionado por Invalidez definitiva

☒

Consideración especial:
Si la persona que requiere eximirse de cotizar es mujer y mayor de 60 y menor de 65 años, debe estar en conocimiento que no estará cubierta por el SIS, en la eventualidad de tramitar posteriormente una pensión de invalidez o sobrevivencia.



Firma afiliado declarante

CONSTANCIA DE NOTIFICACIÓN A AFP PROVIDA S.A.

AFP PROVIDA S.A. certifica que el afiliado declarante cumple con los requisitos de exención y deja constancia de haber sido notificado con fecha

13

03

2025

13

03

2025

0430

JUAN CARLOS MONDACA GONZALEZ

Día

Mes

Año

Código Oficina

Nombre y firma responsable ProVida AFP